



Freitauchen erfordert eine gute körperliche und geistige Gesundheit.

Diese Fragen beantwortest du für dich und deine Gesundheit, bzw. die deiner/eurer Kinder! Der Fragebogen verbleibt aus Datenschutzgründen bei dir und du händigst uns lediglich die Bestätigung aus.

Ehrlichkeit bei der Beantwortung der Fragen liegt in deinem eigenen Interesse.

Es gibt einige medizinische Bedingungen, die beim Freitauchen ein Risiko darstellen können und unten aufgeführt sind. Personen, die an einer dieser Erkrankungen leiden oder eine Prädisponierung möglich ist, sollten dies von einem Tauchmediziner abklären lassen, ob eine Einschränkung vorliegt.

Die Antworten dieser medizinischen Selbsteinschätzung bildet die Grundlage für die Entscheidung, ob du dich um diese Untersuchung unterziehen solltest.

Allgemein gilt: Wenn du dich krank oder unwohl fühlst, tauche nicht!

Wenn die Möglichkeit besteht, dass du an einer ansteckenden Krankheit leidest, schütze dich und andere, indem du nicht an der Tauchausbildung, Tauchaktivitäten oder ähnlichen Veranstaltungen teilnimmst.

Diese medizinischen Selbsteinschätzung sollte man als Screening im Sinne einer medizinischen Voruntersuchung für alle Freitaucher ansehen, unabhängig vom Erfahrungs-Level.

Anleitung

Fülle diesen Fragebogen als Voraussetzung für die Teilnahme an einem Freitauch-Kurs oder anderen entsprechenden Veranstaltungen aus.

Hinweis für Frauen: Wenn du schwanger bist oder versuchst, schwanger zu werden, tauche nicht.

1	Ich hatte Probleme mit Lunge/Atmung, Herz, Blut oder wurde mit COVID-19 diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Abschnitt A	Nein <input type="checkbox"/>
2	Ich bin über 45 Jahre alt.	Ja <input type="checkbox"/> Abschnitt B	Nein <input type="checkbox"/>
3	Ich habe Mühe, mich mäßig zu bewegen (z.B. 1,5 Kilometer in 14 Minuten laufen oder 200 Meter schwimmen, ohne mich auszuruhen) ODER ich war in den letzten 12 Monaten aus Fitness- oder Gesundheitsgründen nicht in der Lage, an einer normalen körperlichen Aktivität teilzunehmen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
4	Ich habe Probleme mit meinen Augen, Ohren oder Nasengänge/Nasennebenhöhlen gehabt.	Ja <input type="checkbox"/> Abschnitt C	Nein <input type="checkbox"/>
5	Ich bin in den letzten 12 Monaten operiert worden ODER ich habe anhaltende Probleme im Zusammenhang mit früheren Operationen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
6	Ich habe öfter das Bewusstsein verloren, hatte Migräne, Krampfanfälle, einen Schlaganfall, eine schwere Kopfverletzung oder leide an einer anhaltenden neurologischen Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> Abschnitt D	Nein <input type="checkbox"/>
7	Ich befinde mich derzeit wegen psychologischer Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, Drogen- oder Alkoholabhängigkeit in Behandlung oder ich habe in den letzten 6 Monaten eine Behandlung benötigt und werde noch medikamentös behandelt oder es wurde bei mir eine Lernbehinderung diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> Abschnitt E	Nein <input type="checkbox"/>
8	Ich habe Rückenprobleme, Leistenbruch, Geschwüre (Ulcus) oder Diabetes.	Ja <input type="checkbox"/> Abschnitt F	Nein <input type="checkbox"/>
9	Ich habe Magen- oder Darmprobleme gehabt, darunter auch kürzlich Durchfall.	Ja <input type="checkbox"/> Abschnitt G	Nein <input type="checkbox"/>
10	Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente ein (mit Ausnahme von Antibabypillen oder Malariamitteln außer Mefloquin (Lariam).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

* Es ist eine tauchmedizinische Beurteilung erforderlich.



Eingehende Selbsteinschätzung

ABSCHNITT A – ICH HABE/HATTE:		
Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Herzklappenoperation, Stentimplantation oder einen Pneumothorax (kollabierte Lunge).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Keuchen, schwere Allergien, Heuschnupfen oder verstopfte Atemwege innerhalb der letzten 12 Monate, die meine körperliche Aktivität/ Training einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ein Problem oder eine Krankheit, die mein Herz betrifft, wie z.B.: Angina pectoris, Brustschmerzen bei Anstrengung, Herzinsuffizienz, Immersions-Lungenödem, Herzinfarkt oder Schlaganfall, ODER ich nehme Medikamente gegen eine Herzerkrankung ein.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederholt Bronchitis und derzeit Husten innerhalb der letzten 12 Monate ODER es wurde ein Emphysem diagnostiziert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine COVID-19 Diagnose	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

ABSCHNITT B – ICH BIN ÜBER 45 JAHRE ALT UND:		
Derzeit rauche oder inhaliere ich Nikotin mit anderen Mitteln.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen hohen Cholesterinspiegel.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe hohen Blutdruck.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ich hatte eine Herzerkrankung oder einen Schlaganfall vor meinem 50. Lebensjahr ODER ich habe eine familiäre Vorgeschichte mit Herzerkrankungen vor dem 50. Lebensjahr (einschließlich abnormaler Herzrhythmen, koronarer Herzerkrankung oder Erkrankung des Herzmuskels).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

ABSCHNITT C – ICH HABE/HATTE:		
Innerhalb der letzten 6 Monate eine Operation der Nasennebenhöhlen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Ohrkrankheit oder Ohrchirurgie, Hörverlust oder Gleichgewichtsstörungen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrend Entzündungen der Nasennebenhöhlen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Augenoperation innerhalb der letzten 3 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

ABSCHNITT D – ICH HABE/HATTE:		
Kopfverletzung mit Bewusstseinsverlust innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Anhaltende neurologische Verletzung oder Erkrankung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Migränekopfschmerzen innerhalb der letzten 12 Monate oder Einnahme von Medikamenten zu deren Verhinderung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Blackouts oder Ohnmachtsanfälle (vollständiger/teilweiser Bewusstseinsverlust) innerhalb der letzten 5 Jahre.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle ODER nehme Medikamente ein, um sie zu verhindern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

ABSCHNITT E – ICH HABE/HATTE:		
Psychische, psychologische Probleme oder im Gesundheitsverhalten, die eine medizinische/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Schwere Depressionen, Selbstmordgedanken, Panikattacken, unkontrollierte bipolare Störung, die eine medikamentöse/psychiatrische Behandlung erfordern.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Es wurde ein psychischer Gesundheitszustand oder eine Lern-/Entwicklungsstörung diagnostiziert, die eine kontinuierliche Betreuung erfordert.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die innerhalb der letzten 6 Monate behandelt werden musste.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

ABSCHNITT F – ICH HABE/HATTE:		
Wiederkehrende Rückenprobleme in den letzten 6 Monaten, die meine tägliche Routineaktivität einschränken.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Rücken- oder Wirbelsäulenoperationen innerhalb der letzten 12 Monate mit Komplikationen/bestehenden Einschränkungen.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes, entweder medikamentös oder Diät-eingestellt ODER Schwangerschaftsdiabetes innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Einen nicht operierten Leistenbruch, der meine körperlichen Fähigkeiten einschränkt.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Akute oder unbehandelte Geschwüre (Ulkus), Problemwunden oder Geschwüroperationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>

ABSCHNITT G – ICH HATTE:		
Stoma-Operation und keine ärztliche Erlaubnis zum Schwimmen oder zur körperlichen Betätigung.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Dehydrierung, die innerhalb der letzten 7 Tage eine medizinische Maßnahme erforderte.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unbehandelte Magen- oder Darmgeschwüre oder diesbezügliche Operationen innerhalb der letzten 6 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Häufiges Sodbrennen, Aufstoßen oder gastroösophageale Refluxkrankheit (GERD).	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Aktive oder unkontrollierte Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>
Adipositas Operationen innerhalb der letzten 12 Monate.	Ja <input type="checkbox"/> *	Nein <input type="checkbox"/>



Erklärung

Wenn du alle 10 obigen Fragen mit **NEIN** beantwortet hast als auch die eingehende Selbsteinschätzung, ist eine medizinische Beurteilung nicht erforderlich. Bitte lese die nachstehende Teilnehmererklärung und stimme ihr zu, indem du sie unterschreibst und datierst.

Bitte nur diese Erklärung abgeben!

Erklärung des Teilnehmers: Ich habe alle Fragen ehrlich beantwortet und verstehe, dass ich die Verantwortung für alle Konsequenzen übernehme, die sich aus Fragen ergeben, die ich möglicherweise ungenau beantwortet habe, oder für mein Versäumnis, bestehende oder frühere Gesundheitszustände offenzulegen.

Teilnehmer Unterschrift (oder bei minderjährigen Erziehungsberechtigte erforderlich)

Datum (TT/MM/JJJJ)

Teilnehmer Name (Druckschrift)

Geburtsdatum